



California's Protection & Advocacy System

Страховой план регулируемого медицинского обслуживания Medi- Cal (Medi-Cal Managed Care): Апелляции и жалобы

Обновлено в июле 2018 г., публ. № 5606.07 - Russian

Что я могу сделать, если мне не понравились какие-либо решения по моему страховому плану регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal?

Начиная с 1 июля 2017 г. в Калифорнии действуют новые федеральные правила в связи с обжалованием решений или споров касательно льгот и подачей жалоб по поводу других вопросов к страховому плану регулируемого медицинского обслуживания. Прежде всего, всегда лучше напрямую пообщаться с вашим поставщиком услуг или позвонить по телефону службы поддержки участников вашего страхового плана. Если это не помогло решить ваш вопрос, то вы можете предпринять одно из следующих действий. Для получения более подробной информации о новых федеральных правилах см. публикацию Программы национального закона о здравоохранении (National Health Law Program, NHeLP) по этому вопросу: [перейдите в раздел «Краткий обзор вопроса 2: окончательные правила подачи жалоб и апелляций в связи с программой регулируемого медицинского обслуживания Medicaid» на сайте NHeLP»](#). Вы также можете ознакомиться с очень подробной публикацией NHeLP по поводу подачи жалоб и апелляций в связи со страховым планом регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal (*Вопрос 4: Внутреннее и внешнее обжалование в связи с отказом в предоставлении услуг по страховым планам регулируемого*

медицинского обслуживания Medi-Cal), которую можно скачать, перейдя [в раздел «Регулируемое медицинское обслуживание в Калифорнии, вопрос 4: Внутреннее и внешнее обжалование в связи с отказом в предоставлении услуг по страховым планам регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal\)» на сайте NHeLP.](#)

ПРИМЕЧАНИЕ. В письме обо всех планах 17-006 содержится более подробная информация в связи с вопросами, обсуждаемыми ниже, например, по поводу формы уведомлений. Письмо обо всех планах 17-006 в формате PDF можно скачать, перейдя [в раздел: «Требования к подаче жалоб и апелляций, обновлённые шаблоны уведомлений и приложения «Ваши права» с сайта Департамента здравоохранения штата Калифорния \(DHCS\).](#)

I. Подать апелляцию в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания.

Прежде всего, необходимо знать о неблагоприятных решениях по льготам (Adverse Benefit Determinations, ABD).¹ ABD является решением, которое выносит ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания и которое влияет на предоставляемое вам медицинское обслуживание, как, например, задержка предоставления обслуживания, изменение, сокращение услуг или отказ от их предоставления, отказ от оплаты услуг или частичная оплата услуг, либо решение о том, что в отношении запрошенного обслуживания страховое покрытие не действует. В настоящее время термин «ABD» заменил собой более ранний термин «Уведомление о действии» (NOA). Для получения более подробной информации о том, что входит в понятие «ABD», см. стр. 2 вышеуказанного письма обо всех планах 17-006.

Каждый страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен включать в себя действующую систему подачи апелляций участниками плана. Апелляция — это пересмотр ABD, вынесенного вашим страховым планом регулируемого медицинского обслуживания.² Вам необходимо подать апелляцию в течение 60 дней с момента получения вами уведомления о вынесенном ABD. Вы можете подать апелляцию в устной или письменной форме; однако,

при подаче апелляции в устной форме вам будет нужно отправить в план медицинского обслуживания её подписанную письменную копию.³ Помимо этого, необходимо убедиться, что вы подаёте апелляцию именно в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания, а не в группу вашего лечащего врача или другую группу поставщиков услуг.

Ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен предоставить вам письменное подтверждение получения вашей апелляции в течение 5 дней с момента её получения.⁴ Ваш план должен в целом решить ваш вопрос в течение 30 дней и отправить вам уведомление о принятом им решении по апелляции (Notice of Appeal Resolution, NAR).⁵ NAR — это официальное письмо, уведомляющее вас о том, что ABD было отклонено либо подтверждено, и включающее в себя информацию о том, как вы можете запросить проведение беспристрастного слушания на уровне штата в том случае, если вы не удовлетворены принятым решением.⁶

Вы также можете подать апелляцию согласно ускоренному порядку рассмотрения, если вы полагаете, что ваше здоровье находится под неминуемой и серьёзной угрозой — например, в случае острой боли или вероятной смерти, потери конечности либо важной функции организма. В таких случаях ваш план медицинского обслуживания должен ответить на вашу апелляцию в течение 72 часов. Но и в этом случае срок предоставления ответа может быть продлён до 14 дней.⁷ Ваша апелляция может быть рассмотрена в ускоренном порядке, если вашему здоровью угрожает серьёзная опасность.

Если ваш план медицинского обслуживания не вынес решение в вышеуказанные сроки, это считается отказом, и после истечения срока рассмотрения апелляции в силу вступает принятое ранее ABD.⁸

После того как вы исчерпали возможности подачи апелляции на внутреннем уровне плана, вы можете подать запрос на проведение беспристрастного слушания в связи с планом Medi-Cal в Департамент социальных служб Калифорнии (California Department of Social Services, CDSS).⁹ Вы также можете запросить проведение беспристрастного слушания в связи с Medi-Cal, если ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal не

предоставил вам NAR в указанные сроки.¹⁰ Вам необходимо подать запрос на проведение слушания на уровне штата не позднее, чем в течение 120 календарных дней с момента получения NAR от вашего страхового плана регулируемого медицинского обслуживания.¹¹ Вы также можете запросить рассмотрение согласно ускоренной процедуре.

- A. Вам необходимо следовать процедуре, состоящей из двух этапов:

Раньше можно было подать запрос на проведение беспристрастного слушания в течение 90 дней с момента получения NOA. ТЕПЕРЬ это двухшаговый процесс: сначала вы подаёте апелляцию в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания в течение 60 дней с момента получения ABD, а затем подаёте запрос на проведение беспристрастного слушания в течение 120 дней с момента получения вами NAR. Вам необходимо следовать этой двухшаговой процедуре, даже если вы не получали письменного ABD, но оспариваете какое-либо действие или бездействие, влияющее на ваше медицинское обслуживание.

Сайт по подаче запросов в CDSS на проведение слушания: [перейдите в раздел «Беспристрастное слушание в связи с Medi-Cal» на сайте DHCS](#). С информацией касательно подачи запроса на проведение беспристрастного слушания можно ознакомиться, [перейдя в раздел «Ваши права в связи со слушанием» на сайте Департамента социальных служб \(DSS\)](#).

II. Подать жалобу в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания

Каждый страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен включать в себя действующую систему подачи жалоб. Вы можете подать жалобу, если вы недовольны какими-либо действиями вашего страхового плана регулируемого медицинского обслуживания или поставщика плана медицинского обслуживания, не связанными с ABD. Жалоба может включать в себя информацию о качестве медицинских услуг, предоставленных вашим врачом, или о том, что врач или другой медицинский сотрудник был груб с вами.¹² Иногда может быть неочевидно, что именно вам следует подавать — жалобу

или апелляцию. В такой ситуации, если вы подали жалобу в случае, когда вам нужно было подать апелляцию, ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен определить, что именно необходимо подать, и действовать соответствующим образом.

Ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен предоставить вам письменное подтверждение получения вашей жалобы в течение 5 дней с момента её получения.¹³ Ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания должен в целом урегулировать вашу жалобу в течение 30 дней. Вы также можете подать жалобу согласно ускоренному порядку рассмотрения, если вы полагаете, что ваше здоровье находится под неминуемой и серьёзной угрозой — например, в случае острой боли или вероятной смерти, потери конечности либо важной функции организма. В таких случаях ваш план должен ответить на вашу жалобу в течение 72 часов.

Вы можете подать жалобу в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal в устной или письменной форме.

A. Беспристрастное слушание в связи с Medi-Cal

Вы также можете подать запрос на проведение непристрастного слушания в связи с Medi-Cal, если у вас есть жалобы на ваш план медицинского обслуживания или вы иным образом недовольны услугами вашего плана Medi-Cal.¹⁴ Однако, это не всегда означает, что судья по административным делам (Administrative Law Judge, ALJ), который принимает решение по вашему делу, способен урегулировать вашу проблему. Например, если вы подаёте жалобу по причине того, что медработник был груб с вами, и вы остались недовольны тем, как ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания урегулировал вашу жалобу, ALJ не может решить такую проблему. Однако, ALJ может помочь вам, если, например, сотрудники вашего страхового плана регулируемого медицинского обслуживания никогда не отвечают на телефонные звонки, чтобы не решать проблемы, связанные с вашим медицинским обслуживанием.

Вам необходимо подать запрос на проведение слушания в течение 90 дней с момента, когда произошла ситуация, которая является

основанием для жалобы. Нет необходимости сначала полностью исчерпывать все возможности подачи апелляции на внутреннем уровне плана, перед тем как запрашивать слушание по любым вопросам, отличным от неблагоприятного решения по льготам (Adverse Benefit Determination, ABD, как указано ниже), так что, возможно, вы захотите одновременно подать жалобу и запрос на проведения слушания. Единственный случай, когда вам необходимо подать апелляцию до того, как запрашивать проведение беспристрастного слушания, — это когда дело касается ABD. Сайт по подаче запросов в CDSS на проведение слушания: [перейдите в раздел «Беспристрастное слушание в связи с Medi-Cal» на сайте DHCS](#). С информацией касательно подачи запроса на проведение беспристрастного слушания можно ознакомиться, [перейдя в раздел «Ваши права в связи со слушанием» на сайте Департамента социальных служб \(DSS\)](#).

III. Обратиться за помощью в Департамент регулируемого медицинского обслуживания

Департамент регулируемого медицинского обслуживания (Department of Managed Health Care, DMHC) может помочь Вам в разрешении спора с вашим планом медицинского обслуживания, включая подачу запроса на независимый медицинский обзор (Independent Medical Review, IMR), рассмотрение и подачу жалоб. DMHC регулирует планы медицинского обслуживания в соответствии с Актом Нокс-Нин. «Акт Нокс-Нин» («Кнох-Keene Act») — это набор законодательных положений, которые регулируют деятельность страховых планов регулируемого медицинского обслуживания. Для получения более подробной информации по поводу Акта Нокс-Нин перейдите [в раздел «Законы в связи с планами медицинского обслуживания в штате Калифорния» на сайте DMHC](#). Акт Нокс-Нин не применяется в отношении округов с организованной системой здравоохранения округа (County Operated Health Systems, COHS), за исключением плана COHS — Health Plan Сан-Матео. Данный план медицинского обслуживания добровольно подчиняется требованиям Акта Нокс-Нин, но не других COHS, которые включают в себя:

- CalOptima — Ориндж;

- CenCal Health — Санта-Барбара и Сан-Луис-Обиспо;
- Central California Alliance for Health — Санта-Крус, Монтерей, Мерсед;
- Gold Coast Health Plan — Вентура;
- Partnership HealthPlan of California — Солано, Напа, Йоло, Сонома, Мендосино, Марин, Дель-Норте, Гумбольдт, Лэйк, Лассен, Модок, Шаста, Сискию, Тринити.

А. Подача жалобы в DMHC

Вы можете подать жалобу в DMHC, если вы остались недовольны тем, как ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания урегулировал вашу жалобу, либо если прошли сроки для ответа на неё, в течение 180 дней с момента, когда произошла ситуация, которая является основанием для жалобы.¹⁵ Вы можете связаться с DMHC по номеру (888) 466-2219 или телетайпу: (877) 688-989. Также см. [раздел «Подать жалобу» на сайте DMHC](#). Вы также можете обратиться в службу поддержки DMHC по телефону 1 (888) 466-2219. С информацией о DMHC можно ознакомиться [в разделе «О DMHC» на их сайте](#).

В. Подача жалобы в планы, не подпадающие под действие Акта Нокс-Нин

Если вы являетесь участником одного из вышеперечисленных пяти планов, не подпадающих под действие Акта Нокс-Нин, то в таком случае вы не сможете получить помощь DMHC в решении спора. Хотя DMHC и не рассматривает жалобы участников планов, не подпадающих под действие Акта Нокс-Нин, вы можете обратиться в офис омбудсмена по регулированию обслуживания Medi-Cal в DHCS. Вы можете обратиться к нему по телефону 1-888-452-8609, либо по электронной почте MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov. Для получения более подробной информации см. [раздел «Офис омбудсмена по регулированию обслуживания Medi-Cal и вопросам, связанным с психическим здоровьем» на сайте DHCS](#).

Вы также можете урегулировать спор на внутреннем уровне вашего плана медицинского обслуживания.

С. Запросить проведение независимого медицинского обзора

Если ваш вопрос связан с отказом или задержкой в предоставлении услуг, либо сокращением количества услуг/оборудования/обслуживания, поскольку ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания не считает это необходимым с медицинской точки зрения или заявляет о том, что конкретная услуга является экспериментальной или исследовательской, и вы исчерпали все возможности подачи апелляции в соответствии с планами регулируемого медицинского обслуживания, лицензированными согласно Акту Нокс-Нин, вы можете подать запрос в DMHC на проведение независимого медицинского обзора (Independent Medical Review, IMR). Вам необходимо подать запрос на проведение IMR в течение 6 месяцев с момента получения вами NAR.

ЭТО ВАЖНО! Если вы решите сначала подать запрос на проведение IMR, то срок в 120 дней для запроса проведения беспристрастного слушания на уровне штата по-прежнему продолжает отсчитываться. Также вы не можете запросить проведение IMR, если вы уже посетили беспристрастное слушание на уровне штата. Поэтому очень важно помнить об этом.

Вы также можете запросить проведение IMR, перейдя [в раздел «Отправить форму запроса независимого медицинского обзора/жалобы» на сайте DMHC.](#)

См. нашу публикацию по поводу независимых медицинских обзоров: [публикация в формате PDF Калифорнийского центра защиты инвалидов \(DRC\) под названием «Страховой план регулируемого медицинского обслуживания Medi-Cal: независимый медицинский обзор \(Independent Medical Review, IMR\) поможет вам добиться получения нужных услуг от плана».](#)

ПРИМЕЧАНИЕ. Вы можете запросить проведение IMR только в том случае, если вы участвуете в программе медицинского обслуживания,

лицензированной согласно Акту Нокс-Нин. См. информацию о планах медицинского обслуживания, лицензированных согласно Акту Нокс-Нин, выше.

Буду ли я продолжать получать льготы после того, как подам апелляцию?

Да, но только в том случае, если вы подали апелляцию и запрос о выплатах материальной помощи в ожидании слушания в ваш страховой план регулируемого медицинского обслуживания или в связи с беспристрастным слушанием Medi-Cal до того, как предоставление вам услуг было приостановлено, прекращено или их объём был уменьшен.¹⁶ (Примечание: вы также можете восстановить предоставление вам услуг в ожидании слушания в том случае, если вам не было предоставлено надлежащее письменное уведомление о сокращении объёма, приостановке или отмене услуг).

Если вы хотите провести IMR, а также беспристрастное слушание в связи с Medi-Cal, получая выплату материальной помощи в ожидании слушания, вам необходимо подать запрос на проведение беспристрастного слушания до того, как предоставление вам услуг было приостановлено, прекращено или их объём был уменьшен. Чтобы гарантированно продолжать получать услуги, вы, возможно, захотите одновременно подать запрос на проведение IMR и запрос на проведение беспристрастного слушания с выплатами материальной помощи в ожидании слушания. Затем вы сможете запросить отложить беспристрастное слушание в ожидании решения по IMR. Таким образом вы сможете получать выплаты материальной помощи в ожидании слушания, пока вы ожидаете решения по IMR.

Мы хотим услышать ваше мнение! Пожалуйста, заполните эту анкету о публикациях, чтобы мы могли получить отзыв о качестве выполнения нашей работы! [\[Принять участие в опросе\]](#)

Для получения юридической помощи обратитесь по номеру 800-776-5746 или заполните [форму заявления](#). Для всех других целей звоните по номеру 916-504-5800 (Северная Калифорния); 213-213-8000 (Южная Калифорния).

Калифорнийский центр правовой поддержки и помощи инвалидам (Disability Rights California) финансируется из различных источников. Чтобы увидеть полный список спонсоров, нажмите [данную ссылку](#) для просмотра страницы со «Списком грантов и контрактов на финансирование» на сайте Калифорнийского центра правовой поддержки и помощи инвалидам.

¹ Письмо обо всех планах 17-006, на стр. 6, можно [скачать в формате PDF по этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

² Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.400(b) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

³ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, §§ 438.402(c)(3)(ii) и 438.406(b)(3) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁴ Письмо обо всех планах 17-006, на стр. 14, можно [скачать в формате PDF по этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁵ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.408(b)(2) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁶ Письмо обо всех планах 17-006, на стр. 9, можно [скачать в формате PDF по этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁷ Письмо обо всех планах 17-006, на стр. 15, скачать в формате PDF по [этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁸ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.404(c)(5); письмо обо всех планах 17-006, на стр. 5, можно [скачать в формате PDF по этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

⁹ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.404(b)(3) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹⁰ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.408(c)(3) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹¹ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.408(f)(2) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹² Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.400(b) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹³ Письмо обо всех планах 17-006, на стр. 11, можно [скачать в формате PDF по этой ссылке](#) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹⁴ Кодекс по охране благополучия и контролю над учреждениями (Welfare and Institutions Code), § 10950 («Если любой заявитель на получение или получатель государственных социальных услуг недоволен любыми действиями отделения округа, связанными с его или её заявлением на получение или получением государственных социальных услуг... ему или ей... должна быть предоставлена возможность проведения слушания на уровне штата»). См. также Свод постановлений штата Калифорния (C.C.R.), раздел 22, § 51014.1. — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹⁵ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 28, § 1300.68(b)(9) — [\(Вернуться к основному документу\)](#)

¹⁶ Свод федеральных правил США (C.F.R.), ст. 42, § 438.420 — [\(Вернуться к основному документу\)](#)